**แบบ พงด. 01**

**ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลพนักงานเงินรายได้**

ข้าพเจ้า........................................................................................ตำแหน่ง..................................................................

สังกัด...........................................................................................................................โทร..........................................

ป่วยเป็นโรค.................................................................................................................................................................

สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา.................................................................................................................................

ขอเบิกเงินจำนวน........................................บาท (.......................................................................................) เพื่อเป็น

 ค่ารักษาพยาบาล ค่าคลอดบุตรและทันตกรรม (วงเงิน 25,000 บาท)

เอกสารแนบประกอบการขอเบิก

 ใบเสร็จ และ ใบรับรองแพทย์

ศูนย์เทคโนโลยีดิจิทัล วิทยาเขตปัตตานี

ที่ มอ 201.8/.................... ลงวันที่.........................................

|  |  |
| --- | --- |
| ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ(ลงชื่อ)............................................................ผู้ขอรับเงิน (............................................................) วันที่.............................................................. | **อนุมัติให้เบิกได้**(ลงชื่อ)................................................................................... ( นางสาววิชุตา แก้วนพรัตน์ )ตำแหน่ง รักษาการแทนผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีดิจิทัล วข.ปน. วันที่............................................................................... |

เลขที่บัญชี ธนาคาร......................................... เลขที่.........................................